FALLIARD, L. 1882

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM. ERNEST BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
P. DIDAY, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.
A. DOYON, médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
A. FOURNIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
GAILLETON, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
P. HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi.
ROLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
TRASBOT, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort.

EXTRAIT

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉMOIRES

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LYMPHADÉNIE CUTANÉE

par le Dr **L. Galliard.**

Conquête récente de la dermatologie contemporaine, la lymphadénie cutanée n'a pas encore une histoire clinique bien longue à écrire. Alibert a eu le mérite de voir le premier dans ces tumeurs rouge-foncé, promptes à se ramollir et à s'ulcérer qu'il appelait *mycosis fongoïde* des productions spéciales distinctes de la syphilis et du cancer ; après lui Bazin reprit sa description, la compléta, y ajouta des faits nouveaux, mais sans déterminer encore la nature exacte de l'affection. C'est à un histologiste, c'est à Ranvier qu'il appartenait de rapporter enfin le mycosis fongoïde à sa véritable origine en montrant qu'il constituait une des manifestations de la diathèse lymphogène. Cette importante déclaration, faite à propos d'une observation qui a fourni les matériaux anatomiques, dans la thèse de Gillot (1), marque le début d'une phase nouvelle. Dès lors la lymphadénie cutanée est créée, elle a sa place définitive dans le cadre nosologique et il ne reste plus aux observateurs qu'à fournir des faits cliniques pour compléter la description d'Alibert et de Bazin, mais surtout des faits anatomiques précis accompagnés d'études histologiques rigoureuses.

Viennent alors les cas de Landouzy (2), de Debove (3) puis celui de Demange, relaté dans sa remarquable étude sur la lymphadénie (4).

(1) Thèse de Paris, 1868.
(2) Mém. de la *Soc. de Biologie*, déc. 1871.
(3) *Soc. anatomique*, oct. 1872.
(4) Thèse de Paris 1874, et *Arch. de Derm.*, 1874.

Ce travail, reproduit dans les traités de pathologie, n'a pas peu contribué à vulgariser les notions acquises. Il a été suivi de publications nouvelles en France et à l'étranger. En voici les titres :

Biesiadecki. Tumeurs leucémiques de la peau. (*Ver. der Aerzte in Nieder-Oester.*, 1875.)

Engelstedt. Néoplasmes lymphatiques de la peau. (*Nordiskt med. Arkiv*, 1876.)

Tanturini. Trois nouveaux cas de mycosis fongoïde. (*Il Morgagni*, n° 1 et suiv., 1877.)

Brachet. Observation de mycosis fongoïde. (*Mém. de médecine et chir. militaires*, p. 626, 1877.)

Duhring. Cas de néoplasme fongoïde inflammatoire. (*Archiv of Dermat.*, 1879.) La lecture de cette observation donne à penser qu'il s'agit là d'une cas de lymphadénie.

Fabre. Des manifestations cutanées de la lymphadénie à propos d'un cas de mycosis fongoïde. (*Ac. de médecine*, 4 nov. 1879.)

Hillairet. Un cas de mycosis fongoïde débutant par un urticaire. (*Ac. de médecine*, 7 déc. 1880.)

Nous n'avons pas la prétention de traiter d'une façon complète, didactique, la lymphadénie cutanée. On sait que la lésion consiste en tumeurs molles, grisâtres, sillonnées de gros capillaires, recherchant surtout la face interne des membres, la partie antérieure du tronc et la tête, avec des dimensions variant du volume d'un pois à celui d'une grosse noix. Ces tumeurs développées dans l'épaisseur même de la peau soulèvent d'abord le tégument qui est lisse, tendu, à leur niveau, puis elles l'envahissent, l'ulcèrent et versent à sa surface un pus sanieux et fétide. Au microscope on y trouve du tissu réticulé (tissu adénoïde, tissu des ganglions lymphatiques) dont les mailles sont remplies de cellules lymphatiques.

L'apparition des néoplasmes est précédée souvent de poussées congestives de la peau, rougeurs, taches capricieuses, érythème avec prurit, ou bien de plaques lichénoïdes rubanées, circinées on nummulaires. Ce qu'il y a de remarquable dans la marche des tumeurs, c'est leur rétrocession passagère, la lenteur de leur développement et parfois l'absence de manifestations diathésiques dans les viscères ; on note en général l'absence de leucocythémie. Cependant la cachexie s'établit, l'anémie progresse, les sécrétions des néoplasmes ulcérés épuisent l'organisme, le terminaison fatale survient.

L'observation qu'on va lire se distingue par plusieurs particularités intéressantes :

1° Absence de phénomènes prémonitoires, d'érythème, de lichen (début par la production de nodules cutanés indolents).

2° Hypertrophie précoce des ganglions axillaires.

3° Extension considérable des lésions tégumentaires (cuir chevelu, face, cou, tronc, membres supérieurs) avec saillie très modérée des néoplasmes.

4° Terminaison fatale très rapide (survenant neuf semaines après le jour où le malade a remarqué la première nodosité) et arrêtant l'évolution du processus morbide avant la phase d'ulcération.

5° Absence de lymphadénomes viscéraux et, sauf à la peau, absence de tumeurs composées de réticulum et de cellules, mais, à la place, accumulation énorme des cellules lymphatiques dans les mailles du tissu conjonctif partout où ce tissu existe, autour des vaisseaux, dans les parenchymes, dans les cloisons intraglandulaires, dans les travées qui séparent les faisceaux des muscles, dans les parois des muqueuses et des séreuses.

Cette diffusion méthodique des éléments cellulaires, déjà étudiée dans plusieurs cas de leucocythémie, est la confirmation éclatante du bel exposé de Ranvier (1). « Les fibres et les membranes du tissu conjonctif, dit cet auteur, constituent un système continu dans tout l'organisme et forment un vaste réservoir appartenant au système lymphatique, contenant dans toutes ses parties les éléments de la lymphe et dont toutes les cavités, interstices du tissu connectif aussi bien que cavités séreuses, communiquent entre elles. » Que si les éléments lymphatiques se multiplient, comme dans notre observation, c'est dans les mailles du tissu conjonctif qu'il faudra les rechercher, c'est dans leur réservoir naturel qu'on les verra s'accumuler en masses compactes.

Il est un point du tissu conjonctif pour lequel, d'après Ranvier, les globules lymphatiques ont, à l'état normal, une prédilection bien marquée, c'est la trame connective des vésicules de graisse. Eh bien, c'est précisément dans cette trame que nous avons trouvé les amas lymphatiques les plus considérables, amas formant des nodules visibles à l'œil nu, dont on trouvera le description à propos de l'examen du cœur, et qui, privés de tissu adénoïde, ne méritent pas le nom de lymphomes (2), mais se rapprochent plutôt des apoplexies globulaires, des leucorrhagies de MM. Ollivier et Ranvier.

Si nous cherchons à mettre en relief ces détails histologiques, c'est parce qu'il est impossible de n'être pas frappé de leur importance, non seulement au point de vue spécial de la lymphadénie cutanée, mais, d'une façon plus générale, pour la leucémie, pour la diathèse lymphogène.

(1) *Traité d'histologie*, p. 425.

(2) Virchow décrit sous le nom de lymphomes miliaires des nodules qui nous paraissent différer peu de nos amas leucocytiques.

Nous devons à notre éminent maître, M. le docteur Millard, d'avoir pu faire de notre malade une étude rigoureuse. On nous permettra donc de lui exprimer ici notre gratitude pour ses précieux conseils et sa bienveillante direction.

OBSERVATION.

Jean Huet, 37 ans, menuisier, entre le 2 août 1881, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, nº 17, service de M. Millard.

Son père est mort d'accident, à 40 ans. Sa mère vit encore, elle a 74 ans. Il a perdu deux enfants en bas âge, mais en possède encore un.

Voici ses antécédents pathologiques :

A l'âge de 4 ans, scrofule avec double abcès sous-maxillaire, et kératite bilatérale; à cette époque le traitement consiste en huile de morue et vin de quinquina. A 12 ans, fièvre typhoïde. A 20 ans, érysipèle de la face. A 25 ans, au régiment, rhumatisme articulaire aigu sans complication cardiaque. L'année dernière, abcès de l'aine gauche. Souvent des douleurs de gorge : son métier de menuisier l'exposait au froid et à l'humidité. Il a travaillé d'une façon continue et déployé une vigueur musculaire assez grande. Rarement des excès de boisson, à son dire, mais il avoue la goutte le matin et un litre à chaque repas. Pas de blennorragie. Il nie toute manifestation syphilitique.

La maladie actuelle n'a débuté, dit-il, que 6 ou 7 semaines avant l'entrée à l'hôpital, et la première manifestation qui ait attiré son attention a été une petite nodosité située près du mamelon gauche, nodosité indolente et indigne, aux yeux d'un profane, de susciter la moindre inquiétude. Cependant les ganglions axillaires du même côté n'ont pas tardé à augmenter de volume, puis d'autres parties du tégument se sont indurées. Depuis 3 ou 4 semaines la face est devenue dure, raidie. Le cuir chevelu a acquis une sensibilité assez marquée pour faire éviter au malade le contact des dents du peigne. Depuis 2 ou 3 jours, œdème des lèvres. Tous ces phénomènes n'ont pas impressionné le sujet. Ce qui l'a importuné bien davantage, c'est une diarrhée rebelle, débutant avec les grandes chaleurs de l'été, au mois de juin. Depuis ce moment, il a commencé à perdre les forces, à souffrir de la tête, il a eu aussi de la conjonctivite, paupières collées le matin au réveil, larmoiement.

Il se présente le 24 juillet à la consultation se plaignant seulement d'un mauvais état gastrique, et c'est là que M. Millard est frappé de l'aspect du tégument. Entrée à l'hôpital le 2 août. Le sujet est brun, de petite taille, assez bien musclé, surtout aux membres supérieurs. Nous allons donner immédiatement la description des lésions cutanées actuelles.

Description. Il importe de distinguer dès l'abord deux ordres d'altérations macroscopiques, celles de la face d'une part (dermatome diffus), celles du cou, du tronc et des membres supérieurs, d'autre part (tumeurs cutanées vraies).

1º *Face.* La face a un aspect léonin caractéristique. Elle est transformée en une sorte de masque rigide, inhabile au jeu normal de la physionomie. Cette région présente une teinte pâle uniforme légèrement cuivrée.

Les paupières peu mobiles ne laissent voir qu'une partie restreinte du globe de l'œil, tendues comme un voile au-devant de lui et couvertes sur les bords de mucus épais. La peau du front est sillonnée de rides profondes, le tégument du nez fortement épaissi se continue sur les joues sans changer de caractère. Le sillon naso-labial est à peine accusé. Les lèvres épaisses

proéminent comme chez les scrofuleux. La barbe noire qui recouvre la partie inférieure de la face est interrompue par des cicatrices linéaires aux régions sous-maxillaires. Ces vestiges des manifestations de la scrofule qui semble jouer ici un rôle étiologique si important n'ont pas échappé au processus morbide ; les cicatrices sont devenues chéloïdiennes.

Que si maintenant nous portons la main sur les parties ainsi décrites, c'est pour y constater une induration remarquable. En vain cherchons-nous à plisser la peau, à la faire mouvoir sur le squelette; là où nous pouvons la saisir, aux lèvres notamment, elle nous donne la sensation d'un tissu fibreux, scléreux. Quant aux paupières, si nous voulons abaisser les inférieures ou relever les supérieures pour examiner la conjonctive, leur rigidité nous oppose une résistance insurmontable.

Les régions *parotidienne* et *mastoïdienne* ont un aspect analogue à celui de la face, épaississement du tégument, rides transversales profondes, c'est là tout ce qu'on y observe.

Ainsi donc pas de tumeur, mais un dermatome diffus, uniforme, sans parties saillantes. Pour terminer la description, disons encore qu'il n'y a là ni tache ecchymotique ou rougeâtre, ni production lichénoïde, ni desquamation épidermique, ni sécrétion, ni siccité anormales; simplement un état lisse, uni, avec coloration légèrement cuivrée.

Pas d'anesthésie, au contraire hyperesthésie légère.

Peu de chose aux oreilles.

Le *cuir chevelu* tient le milieu entre la face et le tronc pour ce qui concerne les lésions ; on y constate des nodosités assez rapprochées les unes des autres, peu saillantes. C'est là que le malade avait éprouvé les premières sensations douloureuses au contact du peigne. Pas de chute, ni même d'atrophie des cheveux.

2° *Cou, tronc et membres supérieurs.* Il n'y a plus ici l'épaississement régulier uniforme, le dermatome diffus, mais bien les tumeurs, ou du moins les papules, les nodules plus ou moins isolables, entourés de peau saine. Ces productions tantôt arrondies, tantôt ovales, dépassant rarement les dimensions d'une pièce de 50 centimes, font en général une saillie peu accentuée, et souvent dépourvues de limites précises, elles semblent mourir insensiblement dans le tégument sain qui les environne. La dissémination assez régulière, la coloration cuivrée sans desquamation, sans modification de l'épiderme à leur niveau, tout cela leur donne une certaine ressemblance avec les syphilides papuleuses. Mais l'analogie disparaît dès qu'on les touche : à ces papules, en effet, correspondent des nodosités dures, consistantes, mobiles avec la peau sur les parties profondes mais occupant bien toute l'épaisseur du derme. L'épiderme soulevé est partout intact, il n'y a donc nulle part d'ulcération comme c'est l'habitude dans la lymphadénie avancée. Absence de prurit, intégrité des glandes sudoripares et sébacées à leur niveau, persistance de la sensibilité de contact et de la thermoesthésie, et même hypesthésie légère, tels sont les caractères qui nous restaient à signaler, ici comme à la face.

Après cette description générale, les particularités de chaque région ne seront pas longues à énumérer.

A la partie antérieure du thorax existent des nodules larges généralement arrondis. Le plus volumineux, le plus saillant est à gauche près du mamelon — au dire du malade , c'est aussi le premier apparu. — Plus larges sur les parties latérales, aux aisselles, ils y sont aussi plus aplatis. Vers la région

ombilicale, l'éruption commence à diminuer et s'arrête définitivement aux aines. Plusieurs nodules assez volumineux aux régions sus-claviculaires.

A la nuque et au dos, la lésion n'a qu'un développement médiocre en apparence, peu de nodosités larges, peu de saillantes. Rien au-dessous des lombes.

Les membres supérieurs pourvus d'un tégument mince offrent des papules moins indurées, moins saillantes, répandues indifféremment sur le côté de la flexion ou de l'extension, diminuant progressivement à l'avant-bras, nulles aux mains; pas de modification des ongles.

Ganglions lymphatiques. Ces organes sont peu hypertrophiés, ils ne dépassent pas le volume d'une noisette à la nuque au-dessus de l'épitrochlée gauche, et aux aines. Ceux des aisselles, surtout à gauche sont plus volumineux sans dépasser la grosseur d'un marron. Deux ganglions sus-épitrochléens à droite peuvent être comparés à des haricots. Nulle part les glandes n'ont gêné les fonctions des membres, la compression seule en est douloureuse.

Les *amygdales* sont normales. La matité *splénique* semble un peu augmentée. Pas de dureté des artères.

L'état général n'est pas mauvais : appétit conservé, langue presque propre, selles régulières, fonctions digestives en un mot normales. Apyrexie. P. 76. L'anémie est assez intense cependant pour déterminer un souffle léger à la base du cœur, au premier temps et un bruit de rouet des jugulaires. Muqueuses décolorées. Le malade n'accuse qu'une légère diminution des forces, pas de douleur, il ne reste à l'hôpital qu'à condition de pouvoir se promener librement au jardin. Quelques râles de bronchite avec de rares crachats. Urine claire sans albumine ni sucre.

Diagnostic. On peut penser ici soit à la syphilis, soit aux tumeurs malignes de la peau, soit enfin au mycosis fongoïde. La description du *lymphangione tubéreux multiple*, donnée par Kaposi, est de nature à créer quelque confusion, mais l'examen histologique doit prouver bientôt l'existence du lymphadénome vrai et non pas des dilatations lymphatiques décrites dans le cas très exceptionnel du dermatologiste viennois.

Traitement. Alimentation.—Vin de Bordeaux, iodure de potassium 1 gramme. Frictions quotidiennes avec 5 grammes d'ongent napolitain.

Le 6 *août* nous incisons au dos, après anesthésie locale préalable au moyen d'un mélange réfrigérant, un petit lambeau cutané destiné à l'examen histologique. Pansement phéniqué.

7 *août.* Pas de réaction fibrile. Le malade dit qu'il se trouve mieux. Bronchite et coryza sans gravité. Appétit conservé. Langue propre.

8 *août.* Malade plus faible. Autour de la plaie peu de réaction inflammatoire, seulement un peu de rougeur avec gonflement des bords. Suppuration pauvre. Pansement phéniqué.

Le soir fièvre. P. 112.

9 *août.* Salivation abondante et exulcération des lèvres ; stomatite mercurielle avec fétidité de l'haleine. Faiblesse, dégoût de la nourriture. P. 96.

Chose remarquable, le lymphadénome est entré dans une phase de rétrocession, la peau de la face est moins tendue, elle se laisse facilement plisser, les lèvres sont plus mobiles. Partout la saillie et l'induration des nodules a diminué très sensiblement, et leur teinte a pali si bien que quelques-uns sont difficiles à percevoir. Ce phénomène est très appréciable pour le nodule

signalé au voisinage de la mamelle gauche et que le malade consulte comme le thermomètre du processus. Les ganglions diminuent aussi.

Suspension du traitement mercuriel et ioduré. Lait, potage, bouillon. Bordeaux, vin de Banyuls. Extrait de quinquina 4 grammes. Chlorate de potasse 6 grammes.

Soir, dyspnée légère. P. 108. Pouls petit, faible. Même état de la plaie qui bourgeonne peu activement. Pas de rougeur autour d'elle.

10 *août*. L'examen du sang, par le procédé de M. Hayem, nous donne les résultats suivants :

Nombre des globules blancs 8,503 au lieu de 4 à 5,000.

Nombre des globules rouges 1,736,000 au lieu de 5,000,000.

On peut donc dire qu'il s'agit ici d'un cas d'aglobulie intense (troisième degré de M. Hayem). Quant à la proportion des globules blancs elle est de 1 pour 204 globules rouges. Le rapport normal étant, d'après les recherches de M. Hayem, de 1 à 1000 en moyenne, on voit que la multiplication des globules blancs est très modérée et que nous sommes loin ici des chiffres de la leucocythémie où le rapport peut être de 1 à 10, 1 à 4 et même 1 à 1. Et encore faut-il tenir compte dans notre examen d'une cause d'augmentation des leucocytes qui n'aurait pas existé si nous avions pu faire la recherche hématologique pendant les premiers jours, nous voulons parler de la plaie du dos, capable, comme toutes les suppurations, de multiplier les globules blancs du sang.

Ainsi donc pas de leucocythémie. Ce résultat est conforme à celui des auteurs.

La teinte de la peau, toujours mate, est plus pâle qu'au début, la coloration cuivrée des premiers jours fait complètement défaut et la comparaison avec les syphilides ne vient plus à l'esprit de personne. Même décoloration des muqueuses : on peut le constater maintenant sur les conjonctives que la rigidité des paupières n'empêche plus de mettre à découvert. Battements du cœur très faibles. Le second bruit a disparu à la pointe et à la base. Souffle au premier temps à la base. Bruit de diable de la jugulaire interne. Pouls petit, 112.

Respiration anxieuse, accélérée. Le malade est inquiet, agité, il a peu dormi la nuit. Dès qu'il est assis, vertiges. Affaiblissement de la vue. Inappétence.

Soir T. 40 °. P. 112.

11 *août*. Nuit agitée. Respiration brève, accélérée, anxieuse. Quelques râles de bronchite. Inappétence. Soif vive. Peu d'urine. Peau sèche en général, un peu de sueur seulement à la poitrine. Grande faiblesse. Pendant que le néoplasme subissait la fonte rapide que nous avons signalée, les tissus normaux souffraient également, les masses musculaires perdaient leur consistance, le tissu conjonctif et adipeux sous-cutané s'affaissait. Au niveau de la plaie, peu de suppuration, aspect pâle, blafard des bourgeons.

T. 38,2. P. 101 régulier.

Toniques, Bordeaux, Banyuls. Extrait de quinquina, café, cognac.

Soir. Epistaxis. Grand abattement. Dégoût des aliments et des boissons. T. 39.2. P. 108. R. 48.

12 *août*. L'état s'aggrave encore. Dyspnée plus marquée (R. 52), anxiété, agitation. Langue sèche, soif vive, anorexie. Faiblesse des battements cardiaques, gros râles de bronchite des deux côtés. T. 38, p. 116, ventouses sèches. Cognac, café. Extrait de quinquina, inhalations d'oxygène.

Soir. Les phénomènes asphyxiques progressent. L'anoxhémie atteint ses dernières limites, pouls à peine perceptible, p. 120, t. 37-2, r. 56. Anxiété. Le malade tente de s'asseoir sur le lit pour respirer plus à l'aise. Sueur froide du front, refroidissement des extrémités, mort à 10 h. du soir.

Autopsie. — Examen histologique des organes.

Nous ne reviendrons pas ici sur les lésions macroscopiques du tégument externe ni des ganglions décrits pendant la vie. A l'œil nu nous ne trouvons d'altérations qu'au niveau de l'intestin, dans le poumon droit et sous le péricarde. Aussi n'allons-nous pas décrire l'aspect des organes sans signaler en même temps les lésions histologiques qui seules méritent d'attirer l'attention. Il est regrettable que les auteurs n'aient pas toujours poursuivi aussi loin, dans les viscères sains en apparence, les investigations microscopiques qui auraient pu fournir, dans leurs observations comme dans la nôtre, d'intéressants résultats.

Ce qu'il importe d'indiquer d'abord c'est que la peau seule contient le lymphadénome ou lymphome véritable, et que partout ailleurs on trouve seulement des cellules lymphatiques dans les capillaires et dans les mailles du tissu conjonctif. Ce dernier fait démontre l'existence d'une leucémie ultime aussi bien que l'aurait fait la numération des globules, pratiquée dans les derniers jours. L'étude de la peau sera réservée pour la fin ; voici d'abord la description des viscères.

Encéphale. Pas d'altération microscopique, rien dans les vaisseaux.

Œil pas examiné.

Larynx, *trachée*, *bronches*, non altérés à l'œil nu.

Ganglions bronchiques, non hypertrophiés.

Poumons. A gauche, congestion du lobe inférieur, liquide spumeux dans l'autre lobe.

A droite, adhérences pleurales du lobe moyen, costales et interlobaires. Les deux grands lobes sont œdématiés, pâles, décolorés. Le moyen présente un gros noyau blanchâtre, dur, fibreux, vide d'air, creusé de vacuoles capables d'admettre un pois. Ce noyau occupant le sommet du lobe a la forme d'une pyramide à base tournée vers la périphérie de l'organe.

Au microscope, d'une façon générale, on trouve, dans la trame des parties saines à l'œil nu, peu de leucocytes.

En faisant des coupes du lobe moyen, on a sous les yeux la plèvre très épaissie, dont le tissu conjonctif, coloré par le carmin, est parcouru par un grand nombre de vaisseaux, et contient outre les cellules embryonnaires, de grosses cellules ovalaires comme on en trouve dans les séreuses enflammées. Les cellules lymphatiques augmentent de nombre dans les travées conjonctives élargies du parenchyme pulmonaire. Les alvéoles contiennent des globules de pus, de nombreuses cellules endothéliales, mais sont bourrées surtout de cellules lymphoïdes. Autour des vaisseaux, les parois fibreuses sont épaissies. Il y a en outre de l'endartérite et de l'endophlébite.

En résumé il s'agit ici d'un noyau de pneumonie chronique avec apoplexie lymphatique.

Cœur. Mou, surchargé de graisse; plaque laiteuse péricardique sur le ventricule droit. En examinant la surface de l'organe, on voit au-dessous du péricarde, près des vaisseaux superficiels et plongés dans la graisse qui en-

toure ceux-ci de petits nodules lenticulaires assez nombreux, blanchâtres et distincts par conséquent du tissu adipeux jaunâtre. Sur des coupes, les nodules se font remarquer par leur densité plus grande que celle du tissu environnant, ils sont ovalaires, la plupart ont 3^{m} de longueur et 1 à 2^{m} de hauteur; ils reposent sur le muscle cardiaque ou s'en éloignent pour toucher à la face profonde du péricarde, restant toujours dans la graisse sous-péricardique et souvent peu distants les uns des autres.

Vus au microscope, ce sont des amas lymphatiques occupant les travées épaissies du tissu adipeux et laissant peu de place aux cellules graisseuses qu'ils enserrent. Au centre des nodules, les cellules adipeuses sont rares, espacées; à la périphérie, elles se rapprochent les unes des autres, tandis que les travées, pleines de leucocytes, diminuent d'épaisseur pour retrouver leurs dimensions normales à une certaine distance du point lésé. Mais là encore ces travées ne se débarrassent pas des éléments lymphatiques qui semblent avoir pour les interstices cellulo-adipeux une prédilection si marquée. Les amas sont parfois traversés par des vaisseaux remplis de globules blancs. Possèdent-ils un réticulum véritable? Nous avons traité par le pinceau plusieurs de nos coupes sans trouver de tissu adénoïde aussi n'avons-nous pas pu donner à ces productions le nom de lymphomes, mais seulement celui de nodules ou d'amas lymphatiques. (Virchow prétend avoir rencontré de petites tumeurs lymphoïdes dans le cœur et au-dessous du péricarde.)

Le péricarde épaissi contient des leucocytes accumulés surtout aux points où les amas que nous venons de décrire atteignent sa face profonde.

Le muscle cardiaque n'est pas altéré dans sa structure. En général il n'existe de leucocytes que dans les travées fibreuses intermusculaires, autour des vaisseaux de ces cloisons, vaisseaux sains, non enflammés. Mais quand les nodules sous péricardiques sont assis sur la paroi musculaire, il existe à leur niveau des altérations remarquables. Là les faisceaux striés sont envahis, dissociés par les leucocytes si bien que l'on trouve quelques fibres ou même une fibre isolée nageant pour ainsi dire au milieu des éléments cellulaires. L'infiltration leucocytique n'atteint jamais une grande profondeur et les faisceaux musculaires reprennent peu à peu leur cohésion naturelle.

Système artériel. Pas d'athérome; quelques taches jaunes graisseuses de l'aorte, rien dans les autres artères.

Système musculaire strié. Les muscles volontaires n'échappent pas au sort commun. Si leurs faisceaux restent intacts, les cloisons interfasciculaires sont parcourues par des traînées lymphatiques. C'est ce que nous constatons dans le grand droit de l'abdomen.

Rate. Pèse 750 grammes. Longueur, 21 centimètres, largeur 14. Molle, diffluente ; ne contient à l'œil nu aucune production anormale.

Foie. Aspect habituel. Poids, 2,100 grammes.

A un faible grossissement, léger épaississement du tissu conjonctif des espaces de Kiernan. Travées hépatiques normales.

A un fort grossissement, peu de cellules graisseuses. Capillaires sanguins remplis de globules rouges et blancs. Nombreux leucocytes répandus autour des rameaux portes, des artérioles et des canalicules biliaires; rien autour des veines sus-hépatiques.

(Dans le cas de M. Debove, le foie présentait des taches blanches que l'examen histologique a fait considérer comme simplement anémiques.)

Rein. Le droit pèse 245 grammes, l'autre 222. Le premier est pâle, décoloré, mollasse, contient peu de sang. La substance corticale est semée de

points blanchâtres. Surface lisse, décortication facile. L'autre est plus vascularisé.

Malgré ces altérations apparentes, le microscope ne révèle qu'une apoplexie lymphatique très discrète sur les points très nombreux examinés par nous. Et pourtant le rein est peut-être le siège de prédilection de lésions de la leucémie. Faut-il admettre une sorte d'antagonisme entre les reins et la peau au point de vue des amas lymphoïdes comme cela existe dans les phénomènes physiologiques entre les sécrétions urinaire et sudorale ?

Amas leucocytiques autour de plusieurs artérioles et dans la trame conjonctive qui entoure un certain nombre de glomérules.

Estomac. Rien à noter de macroscopique.

Intestin grêle. Rien dans les parties supérieures. Pas de tuméfaction des plaques de Peyer, mais tous les follicules clos isolés sont tuméfiés, saillants formant une véritable éruption miliaire. Pas d'ulcération.

Au microscope, rien à noter sous la tunique péritonéale, quelques leucocytes disséminés dans la musculeuse et dans la celluleuse sous-muqueuse. La muqueuse est infiltrée de cellules rondes accumulées entre les glandes et audessous d'elles. Aux nodules signalés correspondent de gros amas leucocytiques soulevant la couche glandulaire.

Gros intestin. Pas d'ulcération, même tuméfaction des follicules isolés.

Ganglions mésentériques. Presque tous hypertrophiés, mais ne dépassant pas le volume d'une olive.

Ganglions du bassin. Normaux.

Pancréas. Rien à noter à l'œil nu.

Dans le tissu conjonctif qui forme la charpente des acini, cellules lymphatiques assez nombreuses, disséminées ou disposées en traînée le long des vaisseaux. Rien dans les épithéliums des acini.

Vessie. A l'œil nu l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucun nodule saillant à la surface muqueuse ou péritonéale.

Au microscope, pas de modification de la muqueuse ; la tunique celluleuse sous-muqueuse renferme sur deux ou trois points des amas leucocytiques aplatis parallèlement à la surface de l'organe et engainant des cellules adipeuses (ces amas sont analogues aux sous-péricardiques). Rien dans les tuniques musculaires. La tunique péritonéale est épaissie, contient un grand nombre d'éléments lymphatiques qui constituent en plusieurs endroits d'importants amas autour des vaisseaux. Quelques-uns de ces amas ont même une charpente réticulée.

Testicules. Ces organes ne présentent à l'œil nu aucune altération ; ils n'ont pas augmenté de densité, les tubes séminifères paraissent presque dissociables comme à l'état normal et le hile n'offre aucune modification.

Cependant au microscope nous trouvons une infiltration leucocytique plus intense que dans aucun autre organe de toute la charpente conjonctive. Le tissu conjonctif de l'épididyme et du hile spécialement autour des faisceaux vasculaires, celui des travées fibreuses épaissies qui en partent, tout ce tissu est absolument rempli de cellules rondes, qui, çà et là, forment des amas arrondis, nodulaires autour des vaisseaux. Les tubes séminifères ont conservé leur disposition normale au milieu du réseau trabéculaire modifié. On y trouve les grandes cellules rondes ou ovales remplissant en totalité ou en partie leur lumière.

Muqueuse buccale. Pas de modification à l'œil nu.

Au microscope, rien dans l'éphitélium, rien dans le revêtement des papilles. Dans le tissu conjonctif du derme, traînées lymphatiques nombreuses autour des vaisseaux qui rampent horizontalement ou montent dans l'épaisseur des papilles, et de même entre les faisceaux profonds du tissu conjonctif. Amas cellulaires peu volumineux en rapport avec la couche profonde de l'épithélium, autour des vaisseaux profonds et autour des glandes. Pas de tissu adénoïde.

La muqueuse buccale offre donc des analogies avec certaines parties du tégument externe.

Lésions de la peau.

Nous arrivons ici à la partie capitale de la description anatomique. Rappelons d'abord en quelques mots le résultat des examens histologiques qui ont précédé notre étude :

« A la surface des tumeurs non irritées, dit M. Ranvier (1), les papilles sont élargies, le tissu conjonctif qui les forme a fait place à un tissu composé en apparence de cellules, mais après lavage au pinceau on reconnaît la présence du réseau fibrillaire. C'est un tissu adénoïde qui a dissocié, sans les détruire, les différents éléments physiologiques du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Il est parcouru par des vaisseaux capillaires pourvus d'une enveloppe extérieure réticulée de laquelle partent des fibrilles qui vont se perdre dans le stroma. »

La note de M. Malassez qui accompagne l'observation de M. Demange (2) est fort succincte : « Au niveau de la tumeur les faisceaux du tissu conjonctif du derme sont dissociés par un grand nombre de globules blancs. En certains points ces globules forment des masses de grandeur variable ; en pratiquant des coupes fines et en chassant ces éléments à l'aide du pinceau on reconnaît qu'ils sont supportés par un réticulum lymphatique. »

La tumeur examinée dans ce cas comprimait la face profonde de l'épiderme et avait fait disparaître les papilles sans envahir encore le réseau de Malpighi. D'autres tumeurs du même sujet avaient déterminé de vastes ulcérations.

Le *Traité d'histologie* de Cornil et Ranvier (3) contient une planche représentant une coupe de lymphadénie cutanée, où les papilles sont tuméfiées, où le derme a acquis une épaisseur considérable ; dans le tissu du derme et dans la trame cellulo-adipeuse existe le tissu adénoïde où l'on reconnaît les éléments de la peau, les glandes sudoripares, les vaisseaux. Ici, comme sur plusieurs de nos coupes, le tissu adénoïde forme une masse compacte immédiatement au-dessous de la couche de Malpighi.

(1) *In* Thèse de Gillot, 1868.
(2) *In* Thèse de Demange, 1874.
(3) 2e édition, 1881, p. 301.

Demange pense que l'infiltration des globules lymphatiques, des éléments cellulaires précède l'apparition du tissu réticulé. Nous sommes porté à admettre cette hypothèse, considérant l'apparition de la trame adénoïde comme caractéristique d'un état déjà avancé, du second stade de l'infiltration lymphatique.

Ce qui attribue, en effet, croyons-nous, un intérêt spécial à notre examen histologique, c'est qu'il a porté, chez notre sujet, sur les différentes régions du tégument externe où les variétés de l'apparence macroscopique nous annonçaient dès l'abord des variétés de structure ; de telle sorte que nous avons pu surprendre les différentes phases du processus morbide.

On se rappellera d'abord que nulle part nous n'avions de tumeur bien saillante pourvue d'une coque fibreuse ou d'une enveloppe spéciale, qu'il s'agissait plutôt de nodules, de papules légèrement hypertrophiques dont la périphérie se perdait souvent dans la peau saine environnante, et même qu'à la face, on ne trouvait autre chose qu'un épaississement régulier, uniforme, diffus de tout le tégument. Il ne faut donc pas s'étonner si, dans notre cas moins encore que dans ceux des auteurs cités, il ne s'est agi de néoplasmes nettements circonscrits ; presque partout nous voyons le tissu pathologique se développer entre les faisceaux préexistants de tissu connectif du derme, se loger dans leurs écartements et n'aboutir à la formation d'une tumeur digne de ce nom que sur des espaces restreints sans même envahir l'épiderme ni modifier, comme Ranvier d'une part, Malassez de l'autre, l'ont observé, la configuration des papilles. Que si la lésion avait évolué librement, nous aurions vu la couche de Malpighi se détruire à son tour, nous aurions assisté au processus ulcératif.

Cela posé, nous allons décrire successivement les parties étudiées par nous. La face ne pouvant être découpée, nous avons pris d'abord un fragment de la région qui présentait avec elle la ressemblance la plus marquée, la région mastoïdienne, lisse et épaissie, siège d'une infiltration diffuse, puis nous avons choisi le nodule situé près de la mamelle gauche et dont l'accroissement avait été un des premiers phénomènes capables d'attirer l'attention du malade. Nous décrirons ensuite un fragment de la peau du dos qui présente le type accompli du *nodule adénoïde intradermique*. C'est là que nous avions pratiqué une section pendant la vie.

Enfin, nous étudierons les bourgeons de la petite plaie déterminée par notre bistouri, et qui tendait à la cicatrisation quand la cachexie rapide est venue surprendre notre malade.

Afin d'éviter toute erreur, plusieurs méthodes de durcissement ont été employées simultanément sur les divers fragments sectionnés : quelques-uns ont été traités par l'acide osmique, d'autres par le liquide de

Müller, d'autres par l'acide picrique; ensuite gomme, alcool, coloration par le picro-carmin.

Région mastoïdienne. Les productions lymphoïdes n'atteignent pas ici la couche de Malpighi. Elles en restent séparées par une zone assez large de tissu conjonctif coloré par le carmin qui ne contient que des traînées leucocytiques autour des vaisseaux. Au-dessous de cette zone se voit le fin réticulum inséré sur les capillaires à parois embryonnaires.

La lésion est diffuse, le tissu réticulé n'a pas de limites précises, il est traversé çà et là, par d'épais tractus roses, flanqués de fibres élastiques, il entoure les glandes sébacées, les follicules pileux et les glandes sudoripares.

Peau de la région mammaire gauche. Examen du nodule qui paraît avoir attiré le premier l'attention du malade.

Rien sous l'épiderme. Au-dessous de celui-ci existe comme nous l'indiquions tout à l'heure une zone dans laquelle on trouve seulement des leucocytes autour des vaisseaux, plus bas on commence à voir les interstices des faisceaux fibreux comblés par des éléments cellulaires soutenus par le tissu adénoïde; celui-ci ne forme nulle part de tumeur, mais seulement des îlots irréguliers, cellules lymphatiques autour des glandes sudoripares et sébacées. Dans les îlots graisseux profonds, mêmes cellules occupant la trame conjonctive des vésicules adipeuses.

Ainsi donc, malgré la saillie du nodule, la lésion n'a pas atteint ici le remarquable degré de développement que nous observerons tout à l'heure au dos, sur des parties plus planes, mais où probablement l'altération a une date plus ancienne.

Région dorsale (examinée pendant la vie par le procédé de biopsie). C'est ici que l'envahissement du derme par le tissu pathologique, par le lymphadénome, s'est effectué de la façon la plus complète. On voit en effet, comme sur la planche de Cornil et Ranvier, immédiatement au-dessous de l'épiderme, un assez large espace où le tissu conjonctif du derme a disparu, laissant la place à la trame adénoïde et aux cellules lymphatiques qui en remplissent toutes les mailles. Peu à peu, vers la profondeur, les faisceaux dermiques reparaissent et le tissu réticulé, au lieu de former une masse cohérente, n'existe plus que dans les espaces interfasciculaires, autour des vaisseaux du derme, autour des glandes sudoripares et sébacées.

Pour bien voir la disposition du réticulum, il faut chasser, à l'aide du pinceau, les cellules lymphatiques. On en constate alors très nettement les insertions sur les capillaires, sur les vaisseaux lymphatiques plus ou moins dilatés, dont les coupes montrent les sections tranversales ou longitudinales. On voit de plus quelques fins tractus s'insinuer entre les cellules profondes de la couche de Malpighi, et se perdre dans l'épiderme

sans que ces cellules aient subi la moindre altération. La forme des papilles est restée normale.

Bourgeons de la plaie dorsale. Ces productions sont intéressantes, car elles nous montrent le développement actif et rapide de la tumeur évoluant librement sans être gênée par les faisceaux connectifs, par le revêtement épidermique. Elle constituent de gros noyaux de lymphome vrai, visibles à l'œil nu, sphériques, ayant 1 millimètre de diamètre en moyenne, bien circonscrits par une cloison fibreuse épaisse d'où partent des travées résistantes sur lesquelles s'insère le réticulum. Celui-ci prend également insertion sur des capillaires dont les parois se composent d'éléments embryonnaires. Les cellules lymphatiques très nombreuses, très serrées, doivent être chassées au pinceau pour montrer le réticulum. Les artérioles et les veinules ont des gaines épaissies infiltrées d'éléments embryonnaires et sont le siège de proliférations endothéliales. Autour des vésicules adipeuses la trame connective est épaissie et infiltrée de globules lymphatiques.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent, à jour fixe, par cahiers trimestriels, les 25 janvier, 25 avril, 25 juillet et 25 octobre.

Le prix de l'Abonnement est ainsi fixé :

Paris	20 francs.
Départements et Union postale	22 —

La première série des **Annales de Dermatologie** forme dix volumes in-8° vendus 100 francs.

Société d'imprimerie. — PAUL DUPONT, rue J.-J -Rousseau. — Paris